№ 6. Warszawa dnia 29 Lipca (10 Sierpnia) 1871 r. Tom IX.

EXPEDYCJA w Księgarni M. Orgelbranda Krakowskie-Przedmie. Nr. 1 nowy.

KLINIKA.

Wychodzi w Czwartek każdego tygodnia.

TYGODNIK LEKARSKI.

w Warszawie: Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10) Półrocznie „ 2 k. 50 („ 16 „ 20) Kwartalnie „ 1 k. 25 („ 8 „ 10)

na Poczcie: Rocznie .... rsr. 6 (40 złp.) Półrocznie.......... „ 3 (20 złp.)

Dodatek: w Warszawie....... rsr. 2 rocznie na Prowincji....... „ 2 kop. 30

WYKŁADY KLINICZNE.

Suchoty płucne i Gruźlica.

Z odczytów klinicznych **Oppolzer'a** przetłómaczył i przypiskami pomnożył

Dr. Władysław Rudnicki z Kamieńca.

(*Ciąg dalszy*, patrz Nr. 21—26, T. VIII i Nr. 1—5, T. IX).

Anatomia patologiczna gruźlicy przewlekłéj.

Szczyty płucne, w gruźlicy przewlekłéj, stanowią zwykle główne siedlisko i początkowe gniazdo niemocy. W porównaniu z innemi częściami płuc, szczyty ich bywają zajęte największą liczbą gruzełków, które też tu najrozleglejszym ulegają zmianom. Jakoż przy oglądach pośmiertnych, w szczytach płucnych znajdujemy mniéj lub więcéj znaczną ilość bądź odosobnionych, bądź w gromady skupionych gruzełków, a to w najrozmaitszym stopniu rozwoju, począwszy od młodych szarych, przejrzystych, do żółtych i skredowaciałych. Żółte gruzełki atoli, co do liczby, wszystkie inne przeważają. W ogóle obadwa szczyty płucne zajętemi zostają w sposób zupełnie prawie symetryczny. W każdym razie, oglądając takie płuca, nie mamy prawa z pierwszego wejrzenia wnosić o ich obecności, nie przekonawszy się o tem dokładnie. W nowszych czasach *Virchow* zwrócił na to uwagę, że częstokroć poprzeczny przekrój napełnionéj ropą, śluzo-ropą, lub massą serowatą gałązki oskrzelowéj, może być mylnie wziętym za żółty gruzełek.

Błona śluzowa oskrzeli stanowi podług *Virchow'a* miejsce, w którem się lęgną gruzełki oskrzelowe.

Złożone w miąższu płucnym gruzełki, wywołują jakeśmy już mówili *zapalenie*, które albo się ogranicza do najbliższego otoczenia gruzełka, i prowadzi do modzelowatego otorbienia tegoż, albo też rozciąga się na całe zrazy płucne,

w takim razie zaś nasięk *a priori* odznacza się skłonnością do serowatego rozpadu, zaczem następuje suchotnicze zniszczenie miąższu płucnego i tworzenie się jam, ściany których bardzo często stają się siedliskiem nowych gruzełków. Jamy owe tworzyć się mogą w ten sposób, że gruzełki bądź topią się same przez się, t. j. rozmiękczają, bądź też powstające w otaczającéj tkance zapalenie, zamiast wywołać modzelowate otorbienie gruzełka, wytwarza wypocinę, która same gruzełki rozpuszcza. W ten, lub ów sposób powstałe jamy dosięgają zwykle nieznacznéj wielkości, chyba że ściany ich—co rzadko się wydarza—rozpadowi zgorzelowemu (*gangraena*) ulegną, w takim zaś razie mogą one znacznéj dosięgnąć obfitości. Skredowacone gruzełki otacza zwykle modzelowata tkanka.

Ponieważ w otoczeniu gruzełka, równie też w około jam gruźliczych, oraz wpośród niektórych ognisk zapalnych powstaje wybujanie tkanki łącznéj, przeto łatwo jest pojąć dla czego pasma téjże przeplatają płuco, przewlekłą gruźlicą dotknięte w rozmaitych kierunkach, przedewszystkiem zaś miejsca samą niemocą dotknięte; jakoż płuco takie przybiera samo modzelowate wejrzenie, przedstawia się pościągane i wywiędłe. Należy przytém zrobić uwagę, że co do owego zwiędnienia miąższu płucnego, to po części zależy także od ucisku wywartego przez gruzełki na naczynia krwionośne i zamknięcia drożności tychże (*obliteratio*). W około ognisk chorobowych zresztą znajdujemy w płucach znaczne złogi barwika, najwięcéj zaś w zmodzelonych pasmach tkanki łącznéj. Źródłem tych złogów może być albo wybuchowi gruźlicy zawsze towarzyszące przekrwienie, albo też przenikanie ciałek krwi.

Co się tyczy oskrzeli, te w przewlekłéj gruźlicy bywają także do sprawy chorobowéj wciągnięte, mianowicie zaś dostrzegamy w nich przedewszystkiem nieżytowe obrzmienia błony śluzowéj, połączone z owrzodzeniem, albo też bez niego, po części zaś sprawę błonicową (difterytyczną), a nawet zgorzelową. Samoistnie zaś, albo też zależnie od powyższych spraw patologicznych, rozwijają się nadto zaoskrzelowe zapalenia (*Virchow*), które się w każdym razie przyczyniają do modzelowatego zwyrodnienia miąższu płucnego i połączone z wybujaniem tkanki łącznéj w innych miejscach prowadzą do owych rozległych, na powierzchni płuc jako bliznowate ściągnienia wyglądających stwardnień (*sclerosae*).

Powikłania (*Complicationes*). Jakkolwiek w przewlekłéj gruźlicy płuca stanowią główny, w niektórych zaś wypadkach jedyny narząd, rzeczoną niemocą dotknięty, to jednakże tam, gdzie przebieg jéj ku śmiertelnemu zejściu się skłania, po upływie dłuższego lub krótszego czasu, gruźlica w innych także trzewiach pojawiać się zwykła, przedewszystkiem zaś w kiszkach i wątrobie, następnie zaś w opłucni, w otrzewni, śledzionie i t. d. Należy jednak mieć na względzie, że chociaż podobne rozszerzenie się gruźlicy bywa dość częste, to jednakże nigdy tak częstem nie jest, ani też tak stale z zaniemożeniem płuc się nie wikła, jak w ostréj gruźlicy. Częstszém jeszcze od gruźlicy kiszek zdarzającém się powikłaniem przewlekłéj gruźlicy jest owrzodzenie krtani, mianowicie zaś i przedewszystkiem owrzodzenie tylnéj jéj ścianki, t. j. błony powlekającéj mięsień poprzeczny krtani. Na podstawie i po brzegach owych wrzodów atoli — tak samo jak to ma miejsce w razie owrzodzenia krtani w suchotach płucnych — na-

der rzadko dadzą się wykryć istotne gruzełki, tak dalece, iż nader prawdopodobną jest rzeczą, że wrzody te przedstawiają tylko rozpad torebek śluzowych nie zaś następstwo rozmiękczenia gruzełków. Inaczéj rzecz się ma w kiszkach. We wrzodach, które się tu w przebiegu gruźlicy rozwijają dostrzegamy mniéj lub bardziéj obfite zziarnienie, które przy bliższém badaniu okazuje się być przyrody gruźliczéj. Do powikłań przewlekłéj gruźlicy należy wreszcie zaliczyć zajęcie chorobowe gruczołów oskrzelowych i kreskowych. Bywają one zwykle obrzmiałe, po części serowato nasiąkłe, po części zaś sprawa gruźlicza ogranicza się tylko na tąk zwane ich pęcherzyki (*folliculae*—mieszki; nazwa to błędna, lecz dotąd jeszcze inną niezastąpiona. *Tł.*).

Anatomia patologiczna gruźlicy ostréj.

Oprócz płuc, ostra gruźlica zajmuje zwykle większą część innych trzewiów, mianowicie zaś rozmaite błony surowicze (osłony mózgowe, opłucnią, otrzewnią i t. d.), oraz naczyniówkę oka, w których także sadowią się gruzełki. Co do naczyniówki, *Manz* pierwszy odkrył, że w ostréj gruźlicy i ona zajętą bywa; *Cohnheim* zaś odkrycie to potwierdził, a zarazem zwrócił na to uwagę powszechności lekarskiéj, że objaw ten stale ostréj towarzyszy gruźlicy.

Ilość występujących w rozmaitych trzewiach gruzełków bywa nader znaczną; co zaś do ich umiejscowienia, tedy ostra gruźlica tem od przewlekłéj się różni, że gruzełki nie same tylko szczyty płucne, lecz jednostajnie, od góry do dołu całe płuca zajmują. Na osłonie miękkiéj mózgu przeciwnie, największa ich liczba zajmuje zwykle część podstawowo-mózgową. W innych trzewiach rozmaicie się one rozpraszają.

Obok szarych gruzełków, które przeważnie występują, znajdujemy tu nadto niektóre inne zmiany patologiczne, wspólne także gruźlicy przewlekłéj, lub suchotom płucnym. Dokładne badanie wykrywa też i takie zmiany, które mogły dać początek zakażeniu krwi, lub limfy i następowemu wybuchowi gruzełków, drogą niejednokrotnie już powyżéj opisaną. Zmianami takiemi są najczęściéj serowato zwyrodnione ogniska chorobowe, mianowicie zaś zserowaciałe gruczoły chłonicowe. Chociażby jednak najpilniejsze nawet badanie żadnego podobnego nie wykryło ogniska, to jeszcze bynajmniéj nie dowodzi, ażeby w odpowiednich zwłokach takowe istotnie miejsca nie miało.

Przypady. Przebieg. Rozpoznanie.

a) Gruźlica przewlekła.

Z powodu znacznego podobieństwa przypadów, jakie pod wielu względami pomiędzy suchotami płucnemi, a gruźlicą przewlekłą zachodzi, możemy dla uniknienia powtarzań, przebiedz je w krótkości. Przypady te są następujące: Bez widocznych, dających się wyśledzić przyczyn, chorzy zaczynają gorączkować, chudną i bledną. Po upływie pewnego czasu, w którym stan gorączkowy niekiedy widocznemi odznacza się przerwami, czyli przepustami (*intermissiones*), albo też jednocześnie z wystąpieniem gorączki, powstaje mniéj, lub więcéj silna

dychawica (*dyspnoea*), oraz silny kaszel, który z początku bywa suchym, niedługo jednak zaczyna wydzielać się plwocina, odznaczająca się przez czas dziwnie długi cechami surowéj plwociny (*sputum crudum-Canstatt*). Badanie płuc za pomocą powietrzomierza (*spirometru*) wykazuje, że pojemność ich znacznie zmniejszoną została. Stopniowo dychawica coraz bardziéj się wzmaga, gorączka bardziéj ciągłą się staje, tętno bywa przyśpieszone i dosyć miękkie, ciepłota podwyższona, wychudnienie (*ematiatio*) postępuje coraz daléj, w plwocinie odkrywamy śluz i ropę, na błonie śluzowéj krtani występują wrzody, chorzy dostają chrypki, która z początku to przechodzi, to znowu się pojawia z coraz to większem natężeniem, w końcu zaś ustawiczną się staje. Z pojawieniem się owrzodzenia krtani, kaszel zwykle mocno natężonym zostaje. Skutkiem mianowicie onego owrzodzenia, chory doświadcza nader silnego, nieprzerwanego prawie łechtania w gardle, które pobudza go do kaszlania, tak że napady kaszlu niekiedy całemi trwają godzinami. Stolec, w początkach zwłaszcza, bywa mocno zaparty, rychło atoli następuje obfite rozwolnienie, które żadnym lekiem powstrzymać się nie daje. W licznych przypadkach, ucisk wywarty na brzuch staje się mniéj lub więcéj dolegliwym, częstokroć zaś występują nagłe bóle brzucha. Tymczasem gorączka przybiera coraz bardziéj cechę trawiącéj (*febris hectica*), występują wycieńczające poty (*sudores colliquativi*) i — wśród objawów do najwyższego stopnia posuniętego wiądu (*marasmus*), — następuje zejście śmiertelne.

Nader ważnemi są *wypukowe* i *osłuchowe objawy*. W przewlekłéj gruźlicy mianowicie nie wykrywamy nigdzie określonego i wyraźnie stłumionego odgłosu wypukowego, ani też oddéchu oskrzelowego, lub innych jakich objawów spółdźwięczenia. Odgłos wypukowy w obu szczytach płucnych, bywa co najwięcéj nie tak pełnym jak zwykle i mniéj, lub więcéj wyższym od prawidłowego, albo też bębenkowym; przy osłuchiwania zaś, daje się rozpoznać słabo pęcherzykowy, lub nieoznaczony oddéch, oraz słabe, nieoznaczone rzęrzenia śluzowe. Przyczyna takiego zachowania się pomienionych objawów leży w tem, że usadowione w miąższu płucnym gruzełki, nawet wtedy gdy się ich całe gromady skupione obok siebie potworzą, nie są nigdy w stanie wyprzéć zupełnie powietrza z płuc — co dla stłumienia odgłosu wypukowego jest niezbędném,— ani też stężyć miąższu płucnego do takiego stopnia, jaki jest koniecznym dla wywołania objawów oddéchu oskrzelowego, beku koziego (*bronchophonia*) i t. d. W ten sposób też łatwo jest pojąć, dla czego w licznych przypadkach przewlekłéj gruźlicy, zarówno wypukowe jak osłuchowe objawy w bardzo nieznacznym tylko występują stopniu. Inaczéj rzecz się ma tam, gdzie obok gruźlicy mamy do czynienia z suchotami płucnemi, rozwijającemi się bądź z powodu, że złogi gruźlicze zamienione zostały na ogniska stopniowego rozmiękczenia, bądź też z przyczyny, że — jak się to nader często zdarza — gruźlica wikła się serowato-zapalnemi sprawami. W podobnych przypadkach niektóre miejsca wydają mniéj lub więcéj wybitnie stłumiony odgłos wypukowy, równie też daje się w nich słyszeć oddéch oskrzelowy, bek kozi i rzężenia spółdźwięczne. W razie wytworzenia się jam, na podstawie wymienionych warunków przy

opisie suchot, możemy słyszéć odgłos pękniętego naczynia, albo też przydźwięk metaliczny, oddéch dzbanowy i t. d., słowem występują tu takie same wypukowe i osłuchowe objawy, jakie odznaczają suchoty płucne; cały zaś obraz niemocy w ogóle zbliża się bardzo do obrazu suchot powikłanych gruźlicą, od których pierwszy różni się tylko sposobem rozwoju (*Waldenburg* [1]).

Naostatek zauważyć należy, że w przebiegu gruźlicy przewlekłéj częstokroć zdarza się *krwi plucie*. Zdaje się, że przekrwienie błony śluzowéj oskrzeli, które według wszelkiego prawdopodobieństwa poprzedza wybuch gruzełków, staje się przyczyną tego zjawiska, tak że to ostatnie — zarówno w przewlekłéj, jak ostréj gruźlicy — poniekąd za poprzednika i zwiastuna jéj uważaném być może. Bywają też przypadki, w których przyczynę krwi plucia stanowi nadżarcie naczyń, skutkiem topnienia gruzełków, albo zniszczenia rozpadowego miąższu płucnego.

Co do *przebiegu* gruźlicy przewlekłéj, ten bywa powolny, przeplatany naprzemian to polepszeniem, to pogorszeniem zdrowia (nowe wybuchy gruzełków), tak dalece, że niemoc niekiedy całe lata się przewleka, przyczem atoli zwykle kończy się śmiercią. Skoro wszelako niewątpliwym faktem jest, że gruźlica może być uleczoną, przeto byłoby rzeczą przesadną *a priori* wątpić o tem. Jakoż istotnie doświadczenie uczy, że w niektórych, jakkolwiek rzadkich przypadkach, przedewszystkiem zaś wtedy, gdy sprawa na jedném tylko ograniczona miejscu, na inne trzewia się nie rozszerza, niemoc kończy się wyzdrowieniem, a przynajmniéj długie przechodzą lata, zanim śmiertelne zejście ją zakończy.

Zbytecznem byłoby nadmieniać o tem, że w razie, gdy przewlekła gruźlica z ostrą się powikła, albo też gdy oprócz krtani i kiszek inne jeszcze trzewia jéj ulegną, powyższy obraz choroby wielorakim uledz może zmianom.

Rozpoznanie (Diagnosis). Mając w pamięci przypady towarzyszące przewlekłéj gruźlicy, oraz dopiero co skreślony obraz niemocy, rozpoznanie jéj żadnych nie przedstawia trudności. Zamiast gruźlicy możnaby błędnie rozpoznać tylko serowate zapalenie płuc (*phtisis*), dla tego też wypada zwrócić uwagę na następujące okoliczności. Z wyjątkiem przypadków, gdzie suchoty rozwijają się w następstwie krupowego zapalenia płuc, zwykle poprzedza je mniéj lub więcéj długotrwały nieżyt oskrzelowy, w przewlekłéj gruźlicy przeciwnie nieżyt ów nie ma miejsca. Gorączka i wychudnienie występują dopiero wtedy w suchotach, gdy objawy nieżytowe pewien dłuższy czas już trwają; w gruźlicy zaś (jak się już o tem mówiło) rzecz się ma zgoła odwrotnie. Chrypka i biegunka, które w każdym razie towarzyszą suchotom, nie odznaczają się w ich przebiegu zbytniem natężeniem, w gruźlicy przeciwnie wysokiego dosięgają stopnia. W suchotach wreszcie, jeżeli tylko takowe naprawdę już się rozwinęły,

---

[1]) W dalszym przebiegu ostréj gruźlicy, odgłos wypukowy w szczytach bywa częstokroć stłumiony, oddéch zaś oskrzelowy, nadto dają się słyszéć rzężenia spółdźwięczne i t. d. Wszystko to jednak występuje dopiero wtedy, gdy na tle gruźliczém suchoty płucne (*phitisis tuberculosa*) się rozwinęły. Wypadki takie przeto nie do szczeréj gruźlicy, ale do suchot zaliczane być powinny.

wykrywamy zawsze stłumienie odgłosu wypukowego, oddéch oskrzelowy i t. d., słowem wybitne objawy nasięku, w gruźlicy zaś tak zwane badanie fizyczne zgoła ujemne wydaje wypadki, a przynajmniéj zboczenia, jakie tą drogą wykryć się pozwalają, zbyt są nieznaczne, ażeby je można było poczytać za zmiany zostające w związku z utrudnieniem oddéchu, oraz innemi przejawami niemocy. Trzymając się tedy powyższych wskazówek, łatwo jest dokładnie rozpoznać, z jaką mianowicie niemocą mamy do czynienia. Nadewszystko zaś kierować się należy ostatnią z pomienionych wskazówek, mianowicie pilną zwrócić uwagę na sprzeczność, jaka pomiędzy utrudnieniem oddéchu i ciężkiemi ogólnemi przypadami z jednéj, nieznacznemi zaś miejscowemi zboczeniami w płucach, pod względem fizycznych objawów, z drugiéj zachodzi strony (*Waldenburg*).

(*dokoń. nast.*)

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIÉJ.

CHIRURGIA.

O przelewaniu krwi odwłóknionéj.

Dr. **L. de Belina.** *De transfusion du sang defibriné. Nouveau procédé pratique.* (Paris 1871, z 1 drzeworytem, Str. 64).

Sprawozdawca Dr. **Apolinary Thieme.**

Rozprawka ta, autorem któréj jest ziomek nasz Dr. *L. Belina* (*Świątkowski*) składa się ze wstępu i 4-ch części.

We *wstępie* autor podaje krótki rys historyczny tego sposobu leczenia, począwszy od r. 1667 t. j. od tego czasu, kiedy po raz pierwszy we Francji Dr. *Jan Denis* wykonał przelanie krwi u człowieka. Pomimo, iż operacja ta uwieńczoną została pomyślnym skutkiem, znaleźli się jednak zacięci jéj przeciwnicy, na czele których stanął *Lamartinière*, nazywając tą operację barbarzyńską, biorącą początek od szatana, a samego *Denis'a* katem, w skutek czego powstał spór między temi uczonemi, który doszedł aż do dworu i skończył się wydaniem postanowienia ówczesnego Szefa-kryminalnego w Paryżu, które pod d. 17 Kwietnia 1668, zabraniało wykonywać tę operację u człowieka pod karą więzienia. Przed wyjściem tego postanowienia w ciągu r. 1667 i 1668 w Anglii *Lower* i *King*, we Włoszech *Riva* i *Manfredi*, w Niemczech *Kaufmann* i *Purman*, uskutecznili kilkakrotnie przelanie krwi (*transfusio*) u człowieka. Lecz od czasu owego postanowienia operację tą zaprzestano wykonywać nietylko we Francji, lecz i w innych krajach, w skutek czego operacja ta przeszła w zupełne zapomnienie, z którego wydobył ją *James Blundell* dopiero na początku bieżącego stulecia, a to przez nadanie jéj stalszych podstaw fizjologicznych i udoskonalenie samego sposobu jéj wykonania, do czego przyszedł przez bardzo wielki szereg doświadczeń w tym względzie robionych przez siebie na zwierzętach. W r. 1825 uskutecznił on wraz z *Doubleday'em* przelanie krwi z najlepszym skutkiem u położnicy, będącéj w ostatnim okresie konania (*agonia*) z powodu silnych krwotoków macicznych; poczém wkrótce udało się temu uczonemu przez wykonanie przelania krwi z *Uwin'em* i *Waller'em* uratować jeszcze *dwie* położnice od niechybnéj śmierci. Te 3 przypadki zakończone pomyślnie, zachęciły lekarzy angielskich do wykonywania téj operacji, szczególniéj w przypadkach gwałtownych krwotoków połogowych, pomimo licznych zarzutów czynionych przeciwko temu przez członków *de la Medical and chirurgical Society* w Londynie. Podczas kiedy w Anglji wykonywano dość często przeanie krwi u człowieka, we Francji i w Niemczech jeszcze przez długi czas wstrzymywano się od wykonywania téj operacji, a natomiast robiono liczne doświadczenia na zwierzętach, w celu nadania temu sposobowi

leczenia podstaw więcéj ścisłych i bardziéj naukowych. I tak we Francji: *Dumas* i *Prévost* (1821) wykazali, iż ciałka krwi nie posiadają jednakowéj postaci u rozlicznych gatunków zwierząt, i że wystarcza samo wstrzyknięcie do żył zwierzęcia ciałek krwi ze zwierzęcia należącego do innego gatunku, aby sprowadzić śmierć gwałtowną, poprzedzoną objawami towarzyszącemi zatruciu środkiem gwałtownie trującym i z tego powodu, pomimo wielu wypadków pomyślnych po *przelaniu* krwi wziętéj ze zwierzęcia należącego do tego samego gatunku, a *wykonaném* na zwierzętach będących w *agonii* w skutek silnéj utraty krwi, uczeni ci wypowiedzieli zdanie: iż przelewanie krwi u człowieka winno być odroczoném aż do czasu, w którym zdołamy *dokładniéj* poznać czynne krwi pierwiastki.

W 14 lat później w Niemczeah *Bischoff* (1835—1838) na mocy licznych doświadczeń przyszedł do następnych faktów: ciałka krwi czerwone są pierwiastkami krwi odżywiającemi, takowe przez *ubijanie* (*par le battage*) nie ulegają żadnéj zmianie; nadto chcąc uniknąć wprowadzenia skrzepów krwi do strumienia krwi obiegu, a zatem chcąc zastosować przelewanie krwi z większemi widokami powodzenia, należy krew pozbawić włóknika, odwłóknić ją; wreszcie, iż nastrzyknięcie zwierzęciu krwi tętniczéj, wziętéj ze zwierzęcia należącego do innego gatunku, zabija gwałtownie; nastrzyknięcie zaś krwi żylnéj nie zabija.

W r. 1855—1857 *Brown-Séquard* [1]) wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach w kwestji tyczącéj przelewania krwi, i przyszedł z takowych do następnych wniosków: skuteczność krwi używanéj do przelania zależy od ilości i natury gazów w niéj zawartych: krew żylna posiada tę samą własność odżywiającą co i krew tętnicza, jeżeli tylko do pierwszéj dodamy tlenu, albo jeżeli takową powolnie wstrzykujemy przez co może w płucach odwęglić się i przeciwnie, krew tętnicza działa jako trucizna jeżeli zostanie zmienioną pod wpływem kwasu węglanego w krew żylną, i nakoniec, iż zatrucie i śmierć zjawiają się zwykle wśród objawów bardzo gwałtownych, wywołanych głównie przez działanie zabójcze kwasu węglanego.

W r. 1863 *Panum* [2]) ogłosił wypadki otrzymane ze swych doświadczeń, w których głównie starał się wykazać użyteczność krwi *odwłóknionéj* do przelewania, a to na mocy, iż *takowa* posiada taką samą siłę odżywiającą co i krew nieodwłókniona, a powtóre, iż przy użyciu *takowéj* unikamy przykrych następstw, występujących w skutek wprowadzenia skrzepków do krwiobiegu; nadto *Panum* wykazał, iż do przelewania winno się używać tylko krwi z osobnika (indywiduum) należącego do tego samego gatunku i że krew przelana w tych warunkach, zastępuje najzupełniéj krew normalną podlegając wszystkim prawom i wypełniając wszystkie swe czynności. Autor niniejszéj rozprawki w przeciągu lat 4-ch w pracowni fizjologicznéj prof. *Helmholtz'a* (w Heidelbergu) robił doświadczenia nad przelewaniem krwi u zwierząt i potwierdził powyższe zdania *Bischoffa*, *Brown-Séquard'a* i *Panum*. Opis tych doświadczeń stanowi treść pierwszéj części powyższéj broszurki. Z doświadczeń tych wykonywanych pod okiem wspomnionego profesora, a które autor powtórzył przed kommissją wyznaczoną przez Akademię Paryzką, przyszedł on do następujących *pięciu*, rzec można pewników:

I) *Krew zebrana w naczynie i wystawiona na zetknięcie się z powietrzem w ciepłocie umiarkowanéj, nie ulega zmianom w swych częściach składowych histologicznych i zachowuje swe własności chemiczne przez 2—3 godzin.*

Autor nadto dodaje, iż najlepiéj jest użyć krew po bezpośredniem jéj otrzymaniu, następném odwłóknieniu i przecedzeniu; w okolicznościach zaś uniemożebniających to, można takową przechowywać przez dość długi czas w nizkiéj ciepłocie i następnie użyć takową po poprzedniem doprowadzeniu jéj przez ogrzanie do ciepłoty ustroju.

II) *Ciałka krwi czerwone nasycone tlenem, są pierwiastkiem odżywczym krwi. Włóknik*

---

[1]) Comptes rendus de l'Académie des sciences 1851. 1855. 1857 i Journal de la physiologie de l'homme et des animaux T. I. 1858.

[2]) *Panum*. Experimentelle Untersuchungen über die Transfusion, Transplantation oder Substitution des Blutes, etc., w Archiv *Virhow'a* XXVII. Str. 249 i 250.

nie jest częścią główną, i z tego powodu, w celu uniknienia wprowadzenia skrzepów do krwiobiegu ma pierwszeństwo przy przelewaniu krew odwłókniona nad tą, która zawiera jeszcze swój włóknik.

Autor tutaj opisuje doświadczenia wykonywane na zwierzętach, którym wstrzykiwał krew odwłóknioną, i doświadczenia z krwią nieodwłóknioną. Z tych doświadczeń przyszedł on do wniosku, iż wstrzykiwanie krwi odwłóknionéj przedstawia bezporównania większe widoki w otrzymaniu pomyślnych skutków, aniżeli wstrzykiwanie krwi nieodwłóknionéj, i z tego powodu usilnie zaleca używać do przelewania krew odwłóknioną po następném jéj przecedzeniu. Dla odwłóknienia (*defibrinatio*) krwi autor używa pręta szklannego, spiralnie skręconego, a w razie braku tego kawałek drzewa lub fiszbinu czystego, dodając, iż 5—6 minut wystarcza zwykle do dokładnego odwłóknienia 200—300 gramów krwi. Do przecedzenia zaleca użyć kawałek czystego płótna cienkiego przepłukanego w wodzie czystéj, który następnie składa się we dwoje i macza w wodzie gorącéj przed samem przepuszczaniem krwi.

Użycie zaś wszelkich czynników chemicznych w celu zapobieżenia skrzepnieniu krwi jak np. roztworu zalecanego przez *Neudörfer'a* [1]) i temu podobnych, autor nie pochwala i radzi wstrzymywać się od stosowania tychże, a to z powodu trudnego zdania sobie sprawy z wpływu ich na krew.

III) *Krew odwłókniona pochodząca z jednego gatunku i wstrzyknięta do osobnika należącego do tego samego gatunku, wzmacnia (odżywia) układ nerwowy osłabiony utratą krwi, spełnia normalnie wszystkie czynności krwi pierwotnej podlegając wszystkim prawom fizjologicznym, nadto, przez przelanie można znieść chorobliwą zmianę krwi, zastosowawszy uprzednio upust jéj i wprowadzając w miejsce krwi chorobliwie zmienionéj krew zdrową.* Na tem miejscu autor pobieżnie wzmiankuje:

a) O objawach występujących u chorych bezpośrednio po dokonaném przelaniu, a mianowicie: chorzy czują uczucie przyjemnego ciepła rozchodzącego się od miejsca, w którem krew wstrzyknięto, ku łopatce i sercu, a czasami nawet po całém ciele; oczy przedtem zagasłe nabierają życia; ciepłota ciała podnosi się; tętno przedtem albo wcale niewymacalne albo też zaledwie, staje się pełniejszém i większém.

b) Co do *ilości* krwi, jaką winniśmy nastrzyknąć w celu otrzymania pomyślnego skutku, dla lepszego przedstawienia czytelnikom tej kwestji, autor zamieścił tablicę z 79 przypadków pomyślnych złożoną, w któréj podaje przez *kogo* i *jaka ilość krwi* w każdym przypadku użytą została; w téj liczbie znajdujemy dwa przypadki przelania krwi z pomyślnym skutkiem wykonane w Warszawie przez D-rów *Orłowskiego*, *Rogowicza* (*Klinika* T. II. Nr. 14 z roku 1868) i D-ra *Kwaśnickiego.* Z tablicy téj przekonywamy się, że w największéj liczbie przypadków (15) użyto 120 gramów krwi (4 unc.); w innych wstrzykiwano bardzo rozmaitą ilość krwi począwszy od 30—720 grammów (1—24 unc.). W końcu jednak sam autor powiada, iż z góry trudném, a nawet niemożliwém jest dokładnie oznaczyć potrzebną do wstrzyknięcia ilość krwi, gdyż to zależy od stopnia niedokrwistości, a nadewszystko od szczególnych okoliczności istniejących w danym przypadku, które lekarz powinien dobrze ocenić, aby przelanie krwi uwieńczoném zostało pomyślnym skutkiem.

c) Opisuje swe doświadczenia na zwierzętach wykonane w celu wykazania wartości i doniosłości przelewania krwi przy uduszeniu i sprawach zakaźnych (ropnica, gorączka połogowa i *diphteritis*). I tak: *co do pierwszego* autor użył 2 psów jednakowéj wielkości, których pomieścił przez 15 minut pod dzwonem napełnionym gazem świetlnym i po upływie tego czasu t.j. kiedy psy te dawały zaledwie jaki taki znak życia, oddéchanie stało się niewyraźném, a bicie serca zaledwo dostrzedz się dawało, wyjął ich z pod dzwona i jednego wy-

---

[1]) *Neudörfer.* Handbuch der Kriegschirurgie. Allg. Theil. Anhang str. 144 i 145 (Lipsk 1867). Roztwór zalecany przez *Neudörfer'a,* dla zapobieżenia skrzepnieniu 120 grammów krwi jest następujący: 2 grammy dwuwęglanu sody, rozpuszczone w 45 gramach roztworu białka lub wody ocukrzonéj.

puścił na wolność, u drugiego zaś wykonał przelanie krwi odwłóknionéj i przecedzonéj, w ilości 200 gramów, którą upuścił trzeciemu psu. Pierwszy pies zdechł w bardzo krótkim przeciągu czasu, podczas kiedy drugi odżył i przyszedł do stanu normalnego. *Co do drugiego*, autor jednemu psu nastrzyknął do żyły udowéj 12 gramów krwi zepsutéj, wziętéj od położnicy dotkniętéj gorączką połogową, drugiemu zaś psu takąż ilość śmierdzącéj posoki, a skoro w 12 dni rozwinęły się objawy cechujące dla ropnicy (*pyaemia*) (dreszcze, gorączka *diphteritis* na ranach), a zwiastujące niechybną śmierć owych psów, autor wykonał przelanie krwi trzykrotnie w odstępach 6-cio dniowych. Po każdéj operacji stan ogólny psów polepszał się, a w przeciągu 16-stu dni (od pierwszego przelania) zupełnie psy wróciły do stanu normalnego, w jakim poprzednio się znajdowały.

IV) *Krew zwierzęca może pożywić, lecz tylko chwilowo, zwierzęta innego gatunku; rozkłada się szybko i jeżeli została wstrzykniętą w małéj ilości może wydalić się bez szkody dla ustroju, wstrzyknięta zaś w wielkiéj ilości, śmierć sprowadza.*

Autor opisuje 2 doświadczenia tyczące się téj kwestji: 1) Królikowi znacznéj wielkości, po wypuszczeniu 30 gramów krwi, autor nastrzyknął 45 gramów krwi odwłóknionéj wziętéj od psa. Skutek był pomyślny, bowiem królik w kilka dni powrócił do normalnego stanu. 2) Drugiemu królikowi po uskutecznianiu co 3-ci dzień upustu krwi w ilości 15—30 gramów, i skoro tenże, w skutek tego, przedstawiał na sobie cechy istniejącéj w dość wysokim stopniu niedokrwistości, autor nastrzyknął do żyły szyjnéj 60 gramów krwi odwłóknionéj, wziętéj od cielęcia. Na chwilę bicie serca wzmogło się, oddéchanie stało się głębszém, jednak zwierzę to po upływie 1 $^1/_2$ godziny po operacji zdechło wśród napadów drgawkowych. Badanie pośmiertne (*autopsia*) wykazało: nasiąknięcie (*infiltratio*) krwią części płuc; krwawe podbiegnienia w żołądku i kiszkach; silne skurczenie pęcherza moczowego, nerki barwy czarnéj, mocno przekrwione; przekrwienie silne mózgu, gdzie niegdzie w tymże małe wynaczynienia (*extravasata*); mięśnie zabarwione brudno-sinawo.

V) *Przelanie krwi, jeżeli jest dobrze wykonaném, nie jest operacją niebezpieczną.*

W téj części autor podaje przykre i niebezpieczne następstwa, pojawiać się mogące po wykonaniu przeania, oraz sposoby usunięcia tychże. I tak: autor powiada, iż operator chcący wykonać przelanie krwi z pomyślnym skutkiem, powinien przedewszystkiem unikać: 1) obecności we krwi, mającéj być przelaną, jakiegokolwiek bądż ciała obcego, któreby dostać się mogło do krwiobiegu; 2) wytworzenia się skrzepów; 3) wprowadzenia powietrza do strumienia krwiobiegu; 4) zapalenia następowego żyły (*phlebitis*); w końcu 5) powinien uskutecznić wstrzyknięcie powolnie i ostrożnie.

Co do 1-go. Trzeba zważać, aby naczynie do którego zbiera się krew przeznaczona do wstrzyknięcia, pręcik szklanny służący do jéj odwłóknienia, płótno używane do przecedzenia, odznaczały się jak największą czystością.

Co do 2-go. Użycie krwi odwłóknionéj, po większéj części zapobiega dostaniu się skrzepów do krwiobiegu, a tém samém i niebezpieczeństwu, ztąd wynikającemu. Jednak i przy użyciu krwi odwłóknionéj mogą wytworzyć się skrzepy, a mianowicie przy zbyt wielkim obnażeniu żyły lub podwiązaniu takowéj i przy zbytecznćm oziębieniu się krwi w przyrządzie. Dla uniknienia więc skrzepnienia krwi, potrzeba żyłę obnażyć tylko na przestrzeni, umożebniającéj zagłębienie trójgrańca t. j. cięcie w skórze na 1 centim. jest zupełnie wystarczającém, nadto nie powinniśmy zakładać przewiązki (*ligatura*) i baczyć, aby ciepłota krwi nie była niższą od $+20^0$ C.

Co do 3-go. Unikać wprowadzenia powietrza do żyły, gdyż liczne doświadczenia, jakie autor pod tym względem dokonał, potwierdzają: *a*) iż wprowadzenie powietrza do żyły w znacznéj ilości pociąga za sobą śmierć nagłą, w mniejszéj zaś ilości śmierć nieco póżniéj, w kilka godzin, a nawet w dni kilka następuje. Tu śmierci przyczyną są przeszkody mechaniczne w krążeniu płucném i dostanie się powietrza do prawéj połowy serca, a w skutku tego zboczenia w czynnościach zastawek sercowych. *b*) Tylko przy otwarciu żył szyjnych albo pachowych, dobrowolne wejście doń powietrza następuje, a to w skutek ruchów oddéchowych; przy otwarciu zaś żył na kończynach, nie mamy powodu obawiać

się tego. *c*) Dostanie się powietrza do krwiobiegu w małéj ilości, i jeżeli takowe następuje zwolna i zdala od serca, nie jest niebezpiecznėm.

Chcąc uniknąć w ogóle dostania się powietrza do krwiobiegu, powinniśmy przed zagłębieniem trójgrańca wypędzić wszystko powietrze z jego rurki, baczyć na poziom krwi w przyrządzie, a w razie jeżeli takowy opada do punktu *O* (zobacz figurę) winniśmy zagłębić sztylet w rurkę trójgrańca.

Co do 4-go. Wstrzyknięcie wykonywane bardzo spiesznie, może spowodować śmierć gwałtowną; wykazały to doświadczenia na zwierzętach przez *Brown-Séquard'a*, który zabijał takowe przez szybko wykonywane wstrzyknięcie tylko 30 gramów krwi. Śmierć w takim razie zależy od zbytecznego przepełnienia serca prawego i niemożności w skutek tego kurczenia się jego. To niebezpieczeństwo pojawić się może przy wykonywaniu operacji za pomocą zwyczajnych strzykawek (szprycek szklannych) albowiem za pomocą tych, niemożliwém jest wykonać wstrzyknięcie powoli, a powtóre iż to uskutecznia się strumieniem przerywanym (*par les saccades*). Przyrząd autora, ma tę wielką zaletę, iż za pomocą tegoż możemy wstrzykiwać krew z taką powolnością, jaką sobie życzymy, a w skutek tego uniknąć jesteśmy w stanie tego niebezpieczeństwa t. j. gwałtownéj śmierci.

Co do 5-go. Niekiedy powstaje w miejscu wstrzykiwania zapalenie żyły (*phlebitis*), jednak zwykle takowe jest niewielkiego natężenia i bardzo rzadko tylko grozi niebezpieczeństwem. Takowe zapalenie może pojawić się po zbyt wielkiem odkryciu żyły, po podwiązaniu tejże i w skutek drażnienia ścian jéj podczas działania przyrządu; uniknienie dwóch pierwszych przyczyn zależy od operatora, ostatnią zaś t. j. przenoszenie się ruchów naczynia ze krwią na trójgraniec, autor stara się oddalić za pomocą rurki elastycznéj pośredniczącéj, jak to zaraz zobaczymy przy opisie przyrządu. (*dok. nast.*)

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Z kliniki profesora Scanzoni'ego w Würzburgu.

Sprawozdawca **A. Jurasz**, Kand. med.

W jednéj z pierwszych lekcji w klinice położniczéj würzburgskiéj, w półroczu letniem ubiegłego roku, mówił prof. *Scanzoni* o bardzo nieszczęśliwem rozpoznaniu i operacji torbiela jajnika. Przypadek ten zasługuje dla tego na uwagę, iż ciągle jeszcze zachodzą grube pomyłki w rozpoznaniu téj choroby, i że się takowe nawet takim mistrzom, jak *Scanzoni* zdarzają. Ile spamiętałem ze słów profesora, tyle tu przytaczam, nadmieniając zarazem, iż *Scanzoni* opis choroby w ogólnych tylko zarysach przedstawił.

W połowie Kwietnia r. z. zgłosiła się do kliniki würzburgskiéj kobieta, u któréj już dawniéj z powodu puchliny brzusznéj kilka razy wykonano przekłucie brzucha i wypuszczenie płynu weń nagromadzonego. Po ostatniem przekłuciu (*punctio*) przez dość długi czas nie ponowiła się puchlina, a chora prawie zupełnie do dawnych sił powróciła. Kobieta ta czuła się prawie zdrową, gdy nagle znów się okazało powiększenie brzucha, w skutek czego udała się po radę do lekarza w pobliskiem mieście. Ten po dokładnych poszukiwaniach rozpoznawszy torbiel jajnika, odesłał ją do würzburgskiéj kliniki, gdzie chorą badał profesor *Scanzoni*, wraz w z profesorem Chirurgji *Linhart'em;* przedewszystkiem zaś badano stan jajników przez pochwę. Zdawało się, według opowiadania *Scanzoni'ego*, iż chora ta dotkniętą była torbielem jajnika, gdyż guz dość znacznéj wielkości można było wyczuć wyraźnie w jamie brzusznéj. Następnie opukiwano chorą w okolicy podpępkowéj, przyczem wykazało się, iż po bokach aż ku granicom wątroby i śledziony był odgłos wyraźnie bębnowy, bliżéj zaś linii białéj po stronie prawéj zupełnie próżny. Kładziono chorę raz na jeden, drugi raz na drugi bok, i odgłos się nie zmieniał. Chełbotanie (*fluctuatio*) w miejscu odgłosu próżnego było wyraźném. Prof. *Linhart* uwzględniając wywód choroby, skłaniał się do rozpoznania puchliny brzusznéj, po rozważaniu jednak wszelkich objawów, na co głównie *Scanzoni* wskazywał, wykluczono możliwość puchliny i rozpoznano torbiel jajnika,

który dla znacznego i ciągle postępującego osłabienia choréj prof. *Linhart* operować postanowił. — Otworzono brzuch w linii białéj w miejscu odgłosu próżnego, aby przez otwór zresztą niewielki, dokonać wycięcie częściowe ściany torbiela [1]). Tymczasem w otworze ukazał się płyn wodnisty. W tem więc mniemaniu, iż wraz z otwarciem jamy brzusznéj i torbiel otworzono, którego ściana przodkowa, według zdania operatora, przyrosłą było do otrzewni, zaczął prof. *Linhart* palcami oddzierać mniemaną ścianę torbiela; lecz gdy się to z trudnością udawało, a ciekawość poznania rozmiarów torbiela się wzmogła, wsunął operator rękę wgłąb i namacał przekrwioną macicę, jako też jajniki cokolwiek tylko większe od prawidłowych. Płyn więc, na który natrafiono nie pochodził z torbiela, lecz z jamy brzusznéj, a odrywana ściana mniemanego guza, była otrzewnią. Z wielkiem zdumieniem i rozczarowaniem wytoczono resztę tego płynu i ranę zaszyto. Chora, jak się dowiedziałem przebyła szczęśliwie niebezpieczne zapalenie otrzewni i opuściła szpital.

Przy wspomnionym przypadku, jak prof. *Scanzoni* przyznał, wielkim błędem w rozpoznaniu była ta okoliczność, iż badając chorę niewielki kładziono nacisk na niemożność określenia granic mniemanego torbiela przez dotykanie powłok brzusznych, jako też, iż zbyt mało zważano na wywód choroby. Wszystkie inne zresztą objawy przemawiały za torbielem jajnika, mianowicie opukiwanie. Ciągle więc jeszcze zachodzić mogą pomyłki w rozpoznaniu téj choroby i w rozróżnieuiu jéj od innych zmian chorobowych narządów jamy brzusznéj. Pomyłki takie nie są zresztą zbyt rzadkie, bo jeśli się nie mylę, przed niedawnym czasem zdarzył się podobny przypadek w klinice zürichskiéj, a przed czterema laty operował *Spiegelberg* we Wrocławiu torbiel jajnika, a znalazł zamiast niego w prawéj nerce torbiel wieńcogłówek (*ecchinococcus*). [2]) Oprócz przypadków takich, znanych w literaturze, daleko więcéj zapewne miało miejsce i zdarza się ich w klinicznéj praktyce, z któréj niezawsze podobne rozpoznania i operacje, zwłaszcza nieszczęśliwie zakończone, dochodzą do wiadomości ogółu lekarskiego.

Klinika prof. *Scanzoni'ego* w półroczu letnim r. z. pomimo jak na tamtejszy zakład szczupłego materjału, co się podobno dość rzadko w Würzburgu zdarza, była bardzo urozmaiconą. Szanowny profesor przedstawiał rozmaite chorobowe zboczenia części płciowych u kobiet, okazywał porody z nieprawidłowemi położeniami płodu, operował w obec słuchaczy i przechodził szczegółowo każdy przypadek, przytaczając zarazem doświadczenia i spostrzeżenia z własnéj praktyki.

Przy końcu Maja r. z. przedstawił on na jednéj lekcji klinicznéj rodzącą, u któréj zamierzono wykonać zgruchotanie czaszki płodu (*cephalotripsis*). W sprawozdaniu tem przytaczam opis tego przypadku, bo zdaje mi się, iż pod pewnemi względami zasługuje on na uwagę.

Kobieta lat 36 licząca, która odbyła poprzednio cztery porody; lecz przy każdym urodziło się dziecko albo nieżywe, albo w stanie śmierci pozornéj, niedotrzeźwione. Już pierwszy poród w 26 roku życia odbyła ona w tutejszéj klinice, przy którym z przyczyny wielkiego krzywicowego (*rhachitis*) zwężenia miednicy u téj kobiety, zabierano się do wykonania *cięcia cesarskiego*, bowiem wymiar przodkowy prosty (*conjugata vera*) wynosił 2 cale i 7 — 8 linji. Lecz silne bóle porodowe, które u rodzących krzywicowych zwykle występują, wystarczyły, aby stosunkowo mała główka płodu, bez wielkiéj szkody dla matki, przebyła drogę porodową. We dwa lata po pierwszym porodzie zgłosiła się ta kobieta również do tutejszéj kliniki lecz i ten, jak i dwa następne porody szczęśliwie się dla niéj skończyły; u każdego płodu spostrzegano tylko wielkie wciśnięcie na czaszce. Prof. *Scanzoni*, znając ową kobietę upominał ją za każdym razem, aby przy nastepnéj ciąży rychło przybyła do kliniki w celu sprowadzenia sztuką porodu przedwczesnego.

Pomimo tego upomnienia, ciężarna zbyt późno się zjawiała, aby o środku tym myśleć było można. Cztery razy szcześliwie przeżyła i bezkarnie uszła niebezpieczeństwa, z niestosowania się do téj rady pochodzącego. Ostatni jednak poród o śmierć ją przyprawił.

---

1) *Bardeleben*, Lehrbuch d. Chirurgie IV Bd. p. 511. 1867.
2) Archiv f. Gynaekolog. I Bd. Heft. 1170. (*Przyp. Spraw.*)

Bóle porodowe rozpoczęły się bardzo gwałtownie i trwały godzin 12-ście, od południa do północy, następnie nagle ustały i zjawiło się krwawienie przez pochwę maciczną dość obfite. Okoliczność ta upoważniała do przypuszczenia rozdarcia macicy, przeciw czemu to jedynie mówiło, iż chora wcale nie zdradzała wielkiego osłabienia. *Scanzoni*, jednak obstawał przy rozpoznaniu rozdarcia macicy głównie dla tego, iż już dawniéj w praktyce swéj podobny spostrzegał przypadek, gdzie u rodzącéj, która nie zdradzała żadnego upadku sił, rozdarcie macicy miało miejsce.

Ponieważ woda płodowa już była odpłynęła, bóle porodowe zupełnie ustały, a o obumarciu płodu dokładnie się przekonano, przeto wskazanem tu było zgruchotanie czaszki płodu celem przyśpieszenia końca porodu; o użyciu kleszczy przy tak znacznie zwężonéj miednicy, ani też o cięciu cesarskiem z powodu śmierci płodu, mowy być nie mogło. *Scanzoni* przeto polecił assystentowi D-rowi *Munde* operacją tę wykonać za pomocą kephalotrybu *Hubert'a*. Po kilkokrotnych daremnych usiłowaniach przedziurawienia usuwającéj się w górę główki płodu, operator wykonał obrót płodu i sprowadził nóżki jego do pochwy macicznéj, które wraz z tułowiem prawie aż po główkę na zewnątrz wydobył. Następnie starał się Dr. *Munde* główkę przedziurawić, lecz to i tym razem nie udało się samemu nawet *Scanzoni'emu*. Szyja dziecka podczas usiłowań dokonania operacji przedziurawienia czaszki poraniona i poszarpana, trzymała się główki tylko za pomocą kilku kawałków skóry, odcięto ją więc zupełnie, aby swobodniéj do główki płodu się dostać. Podczas dalszéj pracy około ukończenia tego porodu, poczęła chora nieregularnie oddéchać; przerwano więc operację, już i tak przeszło godzinę trwającą, aby nieść pomoc konającéj. Lecz żadne już środki nie skutkowały, po kilku chwilach chora żyć przestała.

Badanie zwłok wykonane przez prof. *Recklinghausen'a* wykazało, iż *Scanzoni* nie mylił się w swém rozpoznaniu. Na tylnéj ścianie szyi macicy znaleziono otwór, przez który pięść z łatwością przecisnąć można było. Przodkowa ściana szyi miała grubości 5 do 10 mm. podczas gdy tylna nadzwyczaj była cienką. W jamie brzusznéj znaleziono płyn krwisty z włókienkami i licznemi skrzepami krwi. Długość wymiaru przodkowego (konjugaty) zgadzała się z wymierzaniem jéj dokonanem za życia. Zresztą zwłoki nieboszczki innych ważniejszych zmian nie przedstawiały.

Że rozdarcie macicy nie nastąpiło podczas operacji, można według prof. *Scanzoni'ego* o tyle przyjąć za prawdopodobne, iż już poprzednio za rozdarciem tem przemawiało nagłe ustanie bólów porodowych, połączone z obfitem krwawieniem. Palcem jednak rozdarcia tego dosięgnąć nie można było, bo główka płodu była zbyt mocno wciśnięta i w żaden sposób nie można było dojść do macicy. Zresztą i tę okoliczność jeszcze uwzględnić trzeba, iż przy tak zwężonéj miednicy i znacznem wystawaniu wzgórka kości krzyżowéj, gwałtowne bóle porodowe szyję maciczną do niezwykłéj cienkości rozciągnąć zdołały, a przypierając ją nieustannie do tegoż wzgórka, łatwo do rozdarcia jéj mogły dać powód.

Narzędzie użyte przy téj operacji, zdaje się, nie posiada tak znakomitych przymiotów, jakie wynalazca *Hubert* i syn jego, dawniéj już przy przedstawieniu swego narzędzia profesorowi *Scanzoni'emu*, wyliczali. *Scanzoni* wprawdzie zmienił narzędzie to, wsunąwszy pomiędzy ramiona zwyczajnego kephalotribu przedziurawiacz (*perforator*) *Hubert'a*, lecz tak jak pierwotne, tak i poprawione to narzędzie nie okazało się praktycznem. Szczególniéj przedziurawiacz, składający się z drążka żelaznego i stożka z ostremi jak u szruby gwintami, nie zaleca się niczem, a przeciwnie łatwo stać się może przyczyną nieprzyjemnego dla operatora wypadku, zranienia części płciowych rodzącéj.

ODCINEK.

KORRESPONDENCJA KLINIKI.

Lublin, 20 Lipca, 1871 r.

„Annali di Ottalmologia” i pismo oftalmologiczne polskie.

Umarł *Graefe*, a z nim przebrzmiała sława berlińskiéj oftalmologicznéj szkoły. Mianowany świeżo na miejsce sławnego uczonego p. *Schweigger*, aczkolwiek znany w nauce pracownik, nie potrafi otoczyć się tym urokiem sławy i podziwienia, jakim się szczycił niedawno zmarły *Graefe*. Zdaje się jakby Oftalmologja przez tę niepowetowaną stratę swego przedstawiciela zmalała dziś, a przynajmniéj nie postąpiła naprzód, -- i zaprawdę, chociaż prace w téj dziedzinie nauki nie przestają być ogłaszane, jednakże w ciągu ostatniego roku od téj śmierci nic takiego nie napisano, coby stanowiło ważne odkrycie na oftalmiczném polu, tak starannie już obrobioném.

Oftalmologja jednakże jak feniks, odradza się ciągle i obecnie dąży do wyzwolenia się i oderwania nietylko od Chirurgji ale i od Medycyny w ogóle, bo chce i ma prawo dziś żyć życiem samoistnym, jak powiada *Quaglino* (per vivere di una vita propria). Zaledwo zaczęto wydawać w Niemczech i w Ameryce. „*Archiv für Augen und Ohrenheilkunde*,” a już się pojawiło nowe czasopismo, wychodzące pod kierunkiem prof. *Quaglino* (w Medjolanie i Pawii) p. n. „*Annali di Ottalmologia*.” Z przysłanego nam przez wielce szanownego profesora zeszytu (Anno 1, Fasc. 1, Gennaio 1871, stronnic. 111), wnosimy, że pismo to o wiele wyżéj będzie stało traktując poważniéj przedmiot, niźli wychodzący do dziś dnia w Turynie „*Giornale d'Oftalmologia Italiano*,” redagowany przez starego chirurga p. *Borelli* [1]), któremu żaden z uczonych włoskich oftalmologów nie przepisywał redaktorskich zdolności, jak o tem sami słyszeliśmy; to też turyńskie oftalmiczne pismo było li tylko napełnione po większéj części referatami lub tłumaczeniami z innych pism perjodycznych. Szczerze przeto winszujemy włoskim kolegom, iż taki szanowany i uczony oftalmolog, jak *Quaglino*, któremu przyznajemy palmę pierwszeństwa na włoskiéj ziemi, podjął się wydawnictwa roczników oftalmicznych. Bo też rzeczywiście, mówiąc słowy tego uczonego, klassyczna ojczyzna takich mężów, jak *Morgagni*, *Malpighi*, *Fontana*, *Nannoni*, *Assalini*, *Scarpa*, *Quadri*, *Rognetta*, *Furnari* i *Riberi*, musi mieć dość żywotnych i umysłowych sił, aby pobudzić Oftalmologją do nowego życia. Bodźcem tym ma być „*Annali di Ottalmologia*.” Przedmiotem pisma jest nietylko anatomia, fizjologia i patologia oka, lecz także badania doświadczalne. Z prac oryginalnych w tym zeszycie, pierwsze miejsce zajmują studja *Quaglino* „o perjodycznych chorobach oczu” (tłumaczone także w Marcowym zeszycie z r. b. „*Annales d'Oculistique*”), o których pomówimy w swojem miejscu, i „spostrzeżenia kliniczne o guzach oka”; następnie znajdujemy artykuł młodych i zdolnych uczonych *Bizzozero* i *Manfredi* (ostatni, assystent *Quaglino* i mój dobry przyjaciel) „*sul mollusco contagioso*” i spostrzeżenia doświadczalne *Forlanini*. Daléj następuje dział referatów z pism oftalmicznych i nieoftalmicznych, po większéj części autorów włoskich; nakoniec bibliografia. Do zeszytu przyłączono trzy tablice rycin, z których jedna chromolitografowana (*exophthalmus*) mogłaby wcale nie istnieć, a przynajmniéj lepiéj być wykonaną. „*Annali*” wychodzić będą zeszytami, jak wszystkie inne oftalmiczne pisma; kwartalny tom zawierać ma 300 str. Cena we Włoszech 12 fr. rocznie (franco di porto), za granicą 16 fr. rocznie.

---

[1]) On też wydaje „*Gazetta medica di Torino*,”

Podając to do wiadomości szanownych kolegów, zapytuję: czy też i u nas nie mogłoby powstać rodzinne czasopismo, poświęcone wyłącznie Oftalmologji? Wszak mamy u siebie kliniki i zakłady oftalmiczne, nie mówię już o pracowniach fizjologicznych, przecież nie zbywa nam także i na zdolnych okulistach, którzy, rozporządzając niemałym materjałem, od czasu do czasu biorą się za pióro by podać jakie spostrzeżenie do pism ojczystych. Zebrawszy oftalmiczne prace z czterech naszych pism lekarskich mamy corocznie niemałą wiązankę, którą możemy się podzielić i z kolegami innych narodowości, jak o tem przekonywają referaty oftalmiczne z polskiéj literatury, które zacząłem ogłaszać od roku 1869 w „*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.*" Powtarzam, kto rozporządza klinikami Lwowskiemi, Krakowskiemi i Warszawskiemi, lub też kto ma w swym ręku instytuty i zakłady oftalmiczne, od tych kolegów nauka i koledzy mają prawo domagać się, aby się dzielili swemi spostrzeżeniami i pracami, nie zużytkowując materjału dla siebie li tylko. Suche i lakoniczne sprawozdania z czynności operacyjnych, na nic nam się nie zdadzą—nam potrzeba stworzyć oftalmiczną kazuistykę, dziś jeszcze słabo reprezentowaną i to prawie tylko przez warszawskich lekarzy. Podnoszę więc głos za utworzeniem czasopisma oftalmicznego w języku ojczystym. Należałoby o tem pomyśleć warszawskim kolegom. Spodziewam się, iż niemało znajdziemy współpracowników. Wspomnę tu tylko pp. *Szokalskiego, Jodko, Wolfrynga, Gepnera, Dobrzańskiego, Cywińskiego* i t, d., którzy zapewne nie odmówiliby swéj rady i pracy. Pp. *Rydel* i *X. Gałęzowski*, tak chlubnie znani w piśmiennictwie oftalmicznem, zechcieliby także uczestniczyć w tem wydawnictwie. Pismo oftalmiczne proponuję oddać pod kierownictwo sędziwego naszego koryfeusza, autora polskiéj oftalmologji, — będzie to dla pisma najlepszą rekomendacją i rękojmią jego trwałości. Projekt mój oddaję pod sąd szanownych kolegów, których obchodzi ta kwestja i rad będę usłyszeć w téj mierze ich przyjacielskie zdania i uwagi. *Dr. Józef Talko.*

DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI.

Ostateczne wyniki wypiłowań (resectio) stawów.

Billroth. Ueber die Endresultate der Gelenkresectionen. (Wiener med. Wochenschr. 1871. Nr. 1 i nast.)

Własne spostrzeżenia *Langenbeck'a* skłoniły go do wypowiedzenia tego zdania: „że wypiłowania stawów zwykle zachowują członek zdolnym do użycia." *Hannower* doszedł do przeciwnego wyniku i zawarł go w tych słowach: „członek po wypiłowaniu zwyczajnie jest niezdolnym do użycia;" *Löffler* wyraża się prawie w ten sam sposób niekorzystnie o wypiłowaniach. *Billroth* ogłosił swoje spostrzeżenia jako przyczynek do téj tak ważnéj i spornéj dotąd kwestji.

Billroth wykonał przed francuzko-pruską wojną 86 wypiłowań; z których 17 przypadków zakończyło się śmiercią wkrótce po operacji; w 22-ch nie było wyzdrowienia, a z pozostałych 47 sprawdzono ostateczny wynik tylko w 28.

Co do znaczenia i wartości wypiłowań, *Billroth* powiada: „Konieczność operacji nie może być roztrzyganą przez przewidywania późniejszéj używalności kończyny, lecz przez ocenienie stopnia niebezpieczeństwa dla życia chorego, wynikającego z porównania leczenia bez operacji, z odjęciem kończyny (*amputatio*, *exarticulatio*), lub nakoniec z wykonaniem wypiłowania."

Statystyczne dane są jeszcze zamałe, aby mogły powiedzieć coś stanowczego w téj mierze. Są przecież kwestje, na które już pewną mamy odpowiedź, i tak: przy próchnieniu (*caries*) stawu biodrowego lub ramieniowego, wypiłowanie jest mniéj niebezpieczne niż wy-

łuszczenie ze stawu (*exarticulatio*), może się ono nawet stać stanowczo korzystném; zmienia bowiem i ułatwia warunki wyrównania się sprawy chorobowéj. Trudno przypuścić by statystyka pojedyńczych stawów mogła być kiedyś zadawalniającą, różnice bowiem osobnicze (indywidualne) są zbyt wielkie. Do pewnego stopnia statystyka wojenna może odpowiedzieć temu zadaniu, gdyż osoby poddawane wtym razie operacjom, mniéj więcéj przedstawiają też same warunki.

Dopiero gdy wypiłowanie stało się wskazaniem życiowém (*indicatio vitalis*), zadają sobie pytanie: jak wielką jest zdolność używalności kończyny operowanéj. Ci z chirurgów, którzy dokonywali wypiłowanie stawów kończyny z przyczyny próchnienia kości, otrzymywali dobre wyniki pod względem jéj używalności; po mechanicznych uszkodzeniach skutki nie są tak pomyślne.

Billroth podał następnie wyniki wypiłowań pojedyńczych stawów, zebrane z własnéj i cudzéj praktyki. Podajemy tu tylko te punkta, które zawierają wnioski autora:

1) *Staw ramieniowy*. Raz wytwarzało się kostne zrośnięcie końców stawowych (*ankylosis*); w innych przypadkach po szczęśliwém zagojeniu występował zwolna bezwład (*paralysis*) mięśni, bezwład znoszący zupełnie używalność kończyny.

2) *Staw łokciowy*. W pewnych razach operowani mogli używać kończyny, przy lżejszém zatrudnieniu; inne przypadki skłoniły *Billroth'a* do pogodzenia się ze zdaniem *Löffler'a*, i „trzeba się zapewne zgodzić, mówi on, i mniéj wzgardliwie uważać kostne zrośnięcie się (*ankylosis*) końców wypiłowanych kości jako wynik leczenia przy ranach postrzałowych stawu łokciowego, owszem uważać możemy takie zrośnięcie za szczęśliwy wynik wypiłowania tego stawu w podobnych okolicznościach."

3) *Staw przedramienio-napięstkowy*. *Billroth* podaje dwa przypadki z własnéj praktyki. Pewien człowiek został postrzelonym d. 6 Sierpnia; po trzech tygodniach wyjęto kości napięstka. Operowany mógł w m. Listopadzie poruszać palcami. W drugim przypadku *Billroth* operował człowieka, u którego w skutek zmiażdżenia przed 2-ma miesiącami stawu napięstko-dłoniowego, staw ten wyropiał. Wypiłowano choremu dolne końce kości łokciowéj i promieniowéj i wyjęto kości napięstka. Po siedmiu miesiącach chory używał ręki do lekkich zajęć, przetoki zagoiły się; czynne zginanie i wyprostowywanie stawu przedramienio-napięstkowego i dwóch pierwszych stawów palcowych było możebném, ruchy nawrotne i wywrotne tylko biernie chory mógł wykonywać. Stawy kości śródręcza i pierwszych członków palcowych były sztywne, nawet biernie niewiele się poruszały.

4) *Staw biodro-udowy*. *Billroth* przytacza dwa przypadki własne z ostatniéj wojny, oba zakończyły się śmiertelnie. *Wagner* miał w 1866 r. pomyślny skutek, życie zostało zachowaném, chociaż kończyna z powodu utworzenia się rzekomego stawu (*pseudoarthrosis*) była bezużyteczną. *Otis* przytacza również kilka szczęśliwych przypadków.

Billroth na mocy swych prac i własnéj praktyki, dochodzi do następnych wniosków, co się tyczy ostatecznego wyniku wypiłowań:

Wytworzenie się kostnego zrośnięcia (*ankylosis*) należy uważać w ogóle za wynik szczęśliwy.

Nieznaczne ruchy w stawie operowanym przy silnéj budowie mięśniów, mogą powiększyć używalność kończyny przy wypiłowaniu stawu łokciowego, przedramienio-napięstkowego i stopowego; przy stawach barkowym i biodrowym ruchomość taka nic nie znaczy; dla stawu kolanowego za nieszczęśliwy wynik uważa się tylko ruchliwość bierną.

Członki z czynnie ruchomemi stawami rzekomemi, wytwarzającemi się po wypiłowaniach stawu barkowego, łokciowego i biodrowego, mogą w niektórych razach stać się dosyć używalnemi przez mechaniczną i ciągłą wprawę przy leczeniu elektrycznością. Nigdy jednak nie dorównywają zrośnięciom kostnym i członkom małą ruchomość przedstawiającym.

Członki z nieporuszającemi się czynnie stawami rzekomemi, mogą być uważane za nieszczęśliwe wypadki wypiłowań, przynajmniej co do czynności. Używalność ich jest żadna, mają chyba tylko upiększające (kosmetyczne) znaczenie.

Dążyć przeto w ogóle potrzeba do otrzymania kostnego zrośnięcia; potrzeba unikać;

wszystkiego, coby mogło przyczynić się do wytworzenia zadługiéj blizny między końcami wypiłowanych kości i coby już wytworzoną bliznę mogło wydłużyć. *K. Jonszer.*

Wpływ kamfory na działalność serca. *Dr. O. Heubner* przekonawszy się na chorych z bardzo słabém albo też nikłém tętnem, że kamfora go podnosi, zadał sobie pytanie, jaki jest wpływ tego leku na działalność serca. Do doświadczeń swoich użył ón serc żabich, przez które naprzemian przepuszczał osocze czyste (*serum sanguinis*) i takie które zawierało małe ilości kamfory w roztworze; przy tém liczono uderzenia serca i ilość płynu, który był wprawiony w ruch przez działalność serca w danym czasie. Okazało się, że w skutek działania kamfory: 1) uderzenia serca stawały się rzadszemi, przestanki między niemi były większe, 2) uderzenia były silniejsze, 3) ilość płynu wprawionego w ruch tą działalnością była znacznie większą. Nadto serce poddane działaniu kamfory daleko prędzéj się nużyło, aniżeli to ma miejsce bez jéj wpływu. (Dr. *O. Heubner Ueber die Wirkung des Kamphers auf die Leistungen des Froschherzens. Arch. f. Heilk. 1870, str. 234*). *Wł. Kr.*

Nowa część składowa wyciągu mięsnego Liebig'a. Na posiedzeniu wydziału nauk matematycznych i przyrodniczych Akademii Nauk w Wiedniu w d. 3 Lutego r. b. odbytém, prof. *Hłaziwiec* zrobił krótką wzmiankę o rozbiorze wyciągu mięsnego *Liebig'a* (*extractum carnis*), wykonanym przez D-ra *Weédl'a* we własnéj jego pracowni, i już prawie na dokończeniu będącym.

Poszukiwania te wykazały, iż wyciąg mięsny *Liebig'a* stale zawiera nieznany dotąd związek azotowy, mający formułę $C_7 H_8 N_4 O_3$. Zatem co do składu chemicznego jest on w ścisłym związku z teobaeminą ($C_7 H_8 N_4 O_3$) i kofeiną ($C_8 H_{10} N_4 O_2$) i bardzo być może, że część znanego działania wyciągu, winna być przypisaną temu właśnie nowo wykrytemu związkowi. Szereg mających się dokonać doświadczeń fizjologicznych, zapewne stanowczo wyświetli znaczenie tego związku. W celu zachowania przywileju pierwszeństwa temu odkryciu prof. *Hłaziwiec* zrobił tylko krótką wzmiankę, iż ono istnieje, wiadomo bowiem, że badania nad wyciągiem mięsnym *Liebig'a* wykonywają się jeszcze w drugiéj pracowni w Niemczech. *Wł. Kr.*

KRONIKA MIEJSCOWA.

Choroby panujące w Warszawie, w m. Lipcu r. b. były następujące: *ospa* rodnia i złagodzona w ogóle z prawidłowym przebiegiem; *płonica*, wikłana niekiedy błonicowém zapaleniem gardła; *odra*, wikłana zapaleniem kataralném płuc zwłaszcza u dzieci;—żadna jednakże z tych chorób nie przybrała rozmiarów epidemji, zdarzały się bowiem tylko pojedyńcze ich przypadki w różnych okolicach miasta. Przeważnie zaś panowały *ostre katary żołądka* i *kiszek* z wymiotami i mocną biegunką tak u dorosłych jak u dzieci; u tych ostatnich, zwłaszcza niedawno odstawionych od piersi, zejścia były śmiertelne; było także kilka przypadków śmierci z téj choroby i u dorosłych, co dało powód do mniemania jakoby *cholera* już do nas zawitała; przypadki takie jednakże rok rocznie zdarzają się podczas upałów, a przyczyną ich zawsze bywają błędy w djecie.

Z innych chorób spostrzegano: *zapalenie płuc*, *durzycę brzuszną*, *reumatyzmy mięśniowe*, *apopleksje mózgowe* i *zimnicę*.

Redaktor i Wydawca Z. Dobieszewski.

Дозволено Цензурою.—w Druk. J. Jaworskiego, Ul. Krak-Przedm. N. 415.—Cena pojedyńczego N-ru k. 15 (złp. 1.)